



## **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "P. MASCAGNI"**

Via Toscanini, 6- 59100 PRATO - Tel. 0574 1842801

C.F./P.IVA 84032710489

<http://www.mascagniprato.edu.it>

[poic80800b@istruzione.it](mailto:poic80800b@istruzione.it)

[POIC80800B@PEC.ISTRUZIONE.IT](mailto:POIC80800B@PEC.ISTRUZIONE.IT)

Circolare n. 35

I.C. "P. MASCAGNI" - PRATO  
Prot. 0000981 del 22/01/2025  
IV (Uscita)

Ai docenti della scuola Buricchi

Alle famiglie degli studenti della scuola Buricchi

Al personale ATA della scuola Buricchi

E p.c.  
Al D.s.g.a.

**OGGETTO: Servizio di sportello di ascolto psicologico a.s. 2024-25.**

Si comunica che è attivo il servizio di consulenza psicologica per gli studenti, genitori e docenti della scuola Secondaria di primo grado "B. Buricchi". Il servizio è tenuto dalla dott.ssa Roti Benedetta. Lo sportello di ascolto psicologico è uno spazio di ascolto e di consulenza destinato ad alunni, genitori e docenti per la prevenzione e promozione del benessere psicofisico, emotivo e relazionale dell'individuo.

Tale servizio ha l'obiettivo di fornire uno spazio di accoglienza e strumenti funzionali alla gestione e risoluzione di difficoltà socio-relazionali, emotive e psicologiche, individuali o nel gruppo classe. L'attività di ascolto avverrà attraverso lo strumento del colloquio clinico. I contenuti di ogni colloquio sono strettamente coperti dal segreto professionale (D. Lgs. 30.6.2003, n.196) ed ogni studente potrà accedere previo consenso informato firmato da entrambi i genitori.

La dott.ssa Roti Benedetta sarà presente a scuola tutti i martedì dalle 10:30 alle 12:30 per i colloqui individuali. I docenti e i genitori interessati a prendere un appuntamento possono scrivere una mail a [roti.benedetta@gmail.com](mailto:roti.benedetta@gmail.com)

I genitori interessati a beneficiare dello sportello di ascolto per i loro figli devono provvedere a formulare autorizzazione secondo modello allegato alla presente da consegnare al docente coordinatore di classe, il quale avrà il compito di inoltrarla per il protocollo all'Ufficio alunni.

Cordiali saluti.

la Dirigente Scolastica  
prof.ssa Raffaella Aloe  
(firma digitale)



Dott.ssa Benedetta Roti

Psicologa

tel. 348 5493794

[roti.benedetta@gmail.com](mailto:roti.benedetta@gmail.com)

## CONSENSO INFORMATO MINORI E TRATTAMENTO DATI

I sottoscritti genitori

(nome e cognome Madre) \_\_\_\_\_,

(nome e cognome Padre) \_\_\_\_\_

dell'alunno/a \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_

affidandosi alla **Dott.ssa Benedetta Roti**, Psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi della Toscana, n. 8047, decidono di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Dottoressa, ossia al **servizio di sportello di ascolto e consulenza psicologica** per l'intero periodo di frequenza dell'Istituto e al trattamento dei dati sensibili di nostro/a figlio/a, necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Sono informati sui seguenti punti in relazione al consenso informato:

1. Lo Psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.
2. La prestazione è finalizzata ad attività di prevenzione e promozione del benessere scolastico; comprende di norma tutte le attività previste ai sensi dell'art. 1 della L. n.56/1989 in ambito psicologico;
3. I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo Sportello di consulenza psicologica, coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con la normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016) e dal C.D.degli Psicologi Italiani.

Sono informati sui seguenti punti in relazione al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018:

1. il GDPR e il D.Lgs. 101/2018 prevedono e rafforzano la protezione e il trattamento dei dati personali alla luce dei principi di correttezza, liceità, trasparenza, tutela della riservatezza e dei diritti dell'interessato in merito ai propri dati.
2. La Dott.ssa Benedetta Roti è Titolare del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico oggetto di questo contratto;
3. Il trattamento dei dati viene effettuato sulla base del consenso libero, specifico e informato del cliente e al fine di svolgere l'incarico conferito allo psicologo;
4. Saranno utilizzate adeguate misure di sicurezza al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità, l'accessibilità dei dati personali, entro i vincoli delle norme vigenti e del segreto professionale;

I sottoscritti, avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali, esprimiamo il nostro consenso al trattamento dei dati personali e sanitari **per gli scopi di cui all'incarico professionale conferito alla Dr.ssa Benedetta Roti.**

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma padre \_\_\_\_\_

Firma madre \_\_\_\_\_